A PROPOS

D'UN

NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

DES HÉMORROÏDES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 1er Mai 1906

PAR

Lucien BAUDET

Né à Royan (Charente-Inférieure), le 21 mars 1879

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1906

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
TRUC . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM	GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale		TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻)
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻).
Physique médicale.		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL
Clinique chirurgicale.		FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique.		TRUC.
Chimie médicale.		VILLE.
Physiologie.		HEDON.
Histologie		VIALLETON
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie.		GILIS.
Opérations et appareils		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène.		BERTIN-SANS
Clinique obstétricale.		VALLOIS.

Professeur adjoint : M. RAUZIER
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		RAUZIER, prof. adjoint
Pathologie externe		JEANBRAU, agrégé
Pathologie générale		RAYMOND, agr. (✻).
Clinique gynécologique.		DE ROUVILLE, Ag libre
Accouchements.		PUECH, agrégé lib.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. JEANBRAU	MM. GUERIN
RAYMOND (✻)	POUJOL	GAGNIERE
VIRES	ARDIN-DELTEIL	GRYNFELTT Ed.
VEDEL	SOUBEIRAN	LAPEYRE

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. GILIS, *président.*	JEANBRAU, *agrégé.*
TÉDENAT, *professeur.*	SOUBEIRAN, *agrégé.*

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA BELLE-SŒUR

A MON NEVEU

A MES GRANDS PARENTS

L. BAUDET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILIS

CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MES MAITRES

DES FACULTÉS DE MONTPELLIER ET BORDEAUX

L. BAUDET.

AVANT-PROPOS

L'idée de traiter les hémorroïdes par l'exérèse chirurgicale est très ancienne et Hippocrate décrit les divers procédés connus pour détruire ces tumeurs. Mais ce n'est guère qu'au début du XIXe siècle, que la cure chirurgicale des hémorroïdes, tombée momentanément dans l'oubli, fut remise en honneur par Boyer et Dupuytren en France, Cooper en Angleterre. A leur suite, les différents auteurs s'appliquent à faire prévaloir l'utilité de la médecine opératoire et à en multiplier les ressources, préconisant tour à tour le fer rouge, l'écraseur linéaire, le bistouri ou les ciseaux.

Ce fut en 1882, que Whitehead, de Manchester, publia pour la première fois dans le *British Medical Journal* sa méthode opératoire, et dès 1887, il publiait plus de 300 faits d'exérèse totale de la muqueuse altérée, sans avoir observé, dit-il, d'hémorragie, d'abcès, de sténose consécutive de l'orifice anal, ni d'incontinence des matières fécales.

Pour le moment, le procédé de Whitehead, plus ou moins modifié par les différents auteurs, semble rallier tous les suffrages et paraît le plus employé. Cependant, bien que bon dans ses résultats, il est encore difficile dans son exécution. C'est pourquoi il nous a semblé intéressant d'exposer dans ce travail un nouveau procédé de cure radicale que nous avons vu employer par M. le professeur agrégé Soubeyran, dans le service de notre éminent maître, M. le professeur Tédenat.

Ce procédé, qui, avec un outillage des plus restreints et une technique opératoire des plus simples, permet une intervention rapide et à l'abri des résultats fâcheux, a été signalé, pour la première fois, au XIIIe Congrès international de médecine de Paris, de 1900, par le général Veresco, médecin en chef du service sanitaire militaire roumain. Cet auteur l'employait avec succès depuis 1863, mais c'est Potarca, un autre chirurgien roumain, qui, en 1902, dans la *Revue de chirurgie*, en a réglé la technique et indiqué les avantages. Enfin, en 1904, M. le professeur agrégé Soubeyran a eu l'occasion de l'expérimenter et d'ajouter quelques observations nouvelles (*Montpellier médical* 1904, n° 37), tout en modifiant légèrement la technique.

Dans notre travail, nous consacrerons une première partie à exposer succinctement les différentes méthodes de cure radicale des hémorroïdes. La seconde partie sera consacrée à la description du procédé de Potarca, que nous ferons suivre des observations. Dans un dernier chapitre, nous résumerons enfin nos conclusions, et montrerons les avantages de notre méthode.

Mais avant de nous séparer de nos maîtres, qu'il nous soit permis de leur témoigner toute notre reconnaissance pour l'intérêt qu'ils ont bien voulu nous montrer durant le cours de nos études.

Nous remercions, d'abord, M. le professeur Gilis, qui a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

M. le professeur Tédenat nous a toujours intéressé par la haute valeur de son enseignement clinique. Qu'il soit assuré de notre respectueuse gratitude. Nous l'avons eu comme juge dans notre examen de clinique et nous sommes heureux de le retrouver dans notre dernier jury.

M. le professeur agrégé Soubeyran nous a donné l'idée première de ce travail. Il ne s'est pas seulement montré, à notre égard, un maître éclairé, mais nous a toujours témoigné la plus vive sympathie. C'est à ce double titre de maître dévoué et d'ami, que nous l'assurons de notre respectueuse et inaltérable affection.

Merci encore à M. le professeur agrégé Jeanbrau, dont nous avons toujours suivi avec le plus vif intérêt les consultations et les cours.

MM. les professeurs Grasset, Carrieu et Ducamp, MM. les professeurs agrégés Vedel, Rauzier et Vires, ont droit à toute notre reconnaissance pour la haute valeur de leur enseignement et le profit que nous en avons retiré.

Que nos maîtres de la Faculté de Bordeaux, qui ont guidé nos premiers pas, soient assurés de notre profonde admiration. MM. les professeurs Picot et Rondot, MM. les agrégés Chavannaz et Bégouin, en particulier, ne sauraient être oubliés en cette circonstance.

A PROPOS

D'UN

NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

DES HÉMORROÏDES

CHAPITRE PREMIER

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES HÉMORROIDES.

Le traitement chirurgical varie dans une certaine mesure suivant qu'il s'agit des hémorroïdes externes ou des hémorroïdes internes, et suivant la nature des accidents qui viennent compliquer les unes et les autres. Il diffère également et surtout selon que l'on est en présence de bourrelets partiels ou de bourrelets circonférentiels, soit simples, soit doubles.

Excision partielle. — Pour les hémorroïdes peu développées ou du moins bien circonscrites, on ne peut songer à une intervention large, comme le Whitehead ou le Potarca : on aura à choisir parmi les différents modes d'ablation partielle. Dans tous les cas, quel que soit le procédé employé, il faudra faire une ample dilatation anale préliminaire.

La pointe du thermocautère, portée au rouge sombre pour être hémostatique, sera introduite dans l'épaisseur des bourrelets pour faire de la cautérisation interstitielle dans le but de détruire le tissu de l'hémorroïde.

Le professeur Richet a imaginé la *volatilisation des hémorroïdes* avec une pince-cautère écrasante spéciale. La pince-cautère, chauffée à blanc, est appliquée sur l'hémorroïde préalablement attirée au dehors par un fil métallique passé à sa base ; on maintient la striction jusqu'à ce qu'il ne reste plus entre les mors de la pince que le fil métallique et un peu de cendres, reliquat de cette espèce de volatilisation des hémorroïdes. L'instrument de Richet a une grande puissance destructive et permet de détruire tout le paquet hémorroïdaire.

L'excision des hémorroïdes au thermocautère ou au galvanocautère, après placement préalable d'un clamp, est une combinaison du fer rouge avec les excisions et l'étranglement par un clamp. Dans ce procédé, on cherche à prévenir l'hémorragie en écrasant les vaisseaux, et à protéger les tissus voisins de la tumeur hémorroïdaire contre les rayonnements caloriques en isolant le bourrelet pour le cautériser ensuite. On s'applique à n'enlever que les bourrelets saillants et à ménager la muqueuse intermédiaire. On peut saisir le pédicule avec une simple pince à forcipressure, comme le conseillent Forgue et Reclus, et le bourrelet est alors excisé, soit directement avec le thermocautère, soit au bistouri ou aux ciseaux. Dans ce dernier cas, on doit dessécher la surface d'excision au thermocautère, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'hémorragie, une fois l'agent de striction enlevé.

Pour ces hémorroïdes externes, pédiculées ou pédiculisables, on peut avoir recours encore à la *ligature simple ou modifiée*. La ligature simple se pratique de la façon suivante : après les préparatifs et les préliminaires d'usage, y compris la dilatation digitale des sphincters, on détermine le nombre

de paquets à enlever ; chacun d'eux étant saisi avec une pince à pression, on incise avec des ciseaux à l'union de la peau et de la muqueuse et, sectionnant parallèlement à l'axe du rectum, on sépare la face externe des hémorroïdes des couches sous-jacentes, ne s'arrêtant que lorsqu'on est au niveau d'une muqueuse saine. L'hémorroïde se trouve ainsi pédiculisée ; on n'a plus qu'à la lier. La ligature est faite à la soie, serrée étroitement, puis les hémorroïdes ainsi traitées sont rentrées dans le rectum. On a pris soin de commencer par les paquets postérieurs, afin de ne pas être gêné par le sang. Allingham, le promoteur de cette méthode, estime à 6 ou 7 jours le temps nécessaire à la chute des ligatures et à une quinzaine de jours la durée de la cicatrisation. Mais on peut reprocher à cette méthode la présence d'une plaie ultérieure, voie ouverte à l'infection.

M. Quénu modifie la technique précédente de la façon suivante. Après avoir pédiculisé les hémorroïdes, il suture la solution de continuité de la muqueuse, causée par la formation du pédicule ; les deux lèvres de la plaie sont rapprochées de façon qu'il ne passe plus au travers que le pédicule de l'hémorroïde, absolument comme le pédicule, en dehors d'une hystérectomie abdominale, passe à travers les parois suturées de l'abdomen. Cette façon d'opérer offre l'avantage de ne pas laisser une ou plusieurs plaies ouvertes dans le rectum et prêtes à s'infecter.

D'autres auteurs ont encore modifié ce procédé de ligature simple en pratiquant l'excision de l'hémorroïde pédiculisée, soit aux ciseaux, comme Potherat, soit au thermocautère, comme Lejars. Ces différents procédés de ligature combinés avec l'excision se recommandent par leur simplicité, qui permet de les employer partout, leur rapidité d'exécution et l'absence de toute perte de sang, ainsi que par l'inutilité, dans

bon nombre de cas, de l'anesthésie générale, ce qui permet de les appliquer à tous les malades.

L'excision au bistouri ou aux ciseaux, suivie de la ligature des lèvres de la plaie, a été employée par Monod, et voici comment cet auteur décrit ce procédé dans sa *Technique opératoire* :

« L'opération diffère un peu suivant que les bourrelets sont ou non pédiculés.

» Si les bourrelets sont pédiculés, on les saisit en leur plein avec une pince en cœur et on les enlève au bistouri, à main levée. Pour cela, on incise la muqueuse rectale à la base du pédicule, suivant une direction parallèle à l'axe du rectum. L'incision remonte en haut jusqu'à empiéter sur la muqueuse saine, et s'arrête en bas à la peau, sans l'intéresser. Les deux lèvres de la section, facilement retrouvées, sont réunies au catgut, comme il sera dit plus loin.

» Si les bourrelets ne sont pas pédiculés, il faut d'abord limiter la partie à enlever à l'aide de petits clamps. Avec une pince de Kocher, on va saisir la muqueuse haut dans le rectum, au-dessus du bourrelet hémorroïdaire, en un point où les tissus paraissent sains. Une seconde pince est fixée au-dessous du bourrelet, à l'union de la muqueuse et de la peau, plutôt sur la muqueuse que sur la peau. Une troisième est, au besoin, placée entre les deux précédentes pour achever de former le pli de la muqueuse qui doit être réséqué.

» Un clamp est appliqué et serré à fond sur celui-ci, au-delà des pinces, parallèlement à l'axe du rectum ; il ne doit mordre que la muqueuse et respecter la peau.

» On soulève son extrémité supérieure et l'on passe au-dessous d'elle, avec la petite aiguille de Reverdin, un fil de catgut n° 1. On commence la résection du bourrelet, entre le fil et l'extrémité du clamp, au bistouri ou aux ciseaux ; puis on réunit immédiatement avec le fil les deux lèvres de la sec-

tion. On résèque de même, par étapes successives, le reste du bourrelet, en fermant aussitôt la plaie par d'autres points qui doivent être aussi rapprochés que possible pour éviter tout saignement ; à cet égard, le surjet serait préférable aux points séparés. Il faut avoir soin, comme le recommande Reclus, de faire toujours cheminer le fil dans les tissus, de façon non seulement à rapprocher les deux bords de la plaie, mais à ne laisser dans leur intervalle aucun espace mort où pourrait s'accumuler du sang ou de la sérosité. Le dernier point correspond à l'union de la muqueuse et de la peau, sans traverser celle-ci.

» On pourrait passer tous les fils d'avance et ne les sectionner qu'ensuite. Mais, quelque soin que l'on y mît, on risquerait de couper un ou plusieurs fils en même temps que la muqueuse, et il faudrait les replacer dans de moins bonnes conditions.

» Le premier bourrelet ainsi enlevé, on agit exactement de même pour les autres. Il suffit ordinairement de répéter trois fois, rarement quatre, la manœuvre.

» L'opération achevée, on s'assure que la région est exsangue ; sinon, on repasse avec l'aiguille des fils supplémentaires hémostatiques. A cet effet, tous les chefs sont conservés longs jusqu'à la fin ; ils servent à attirer en dehors les surfaces de section, pour les examiner à l'aise.

» Les hémorroïdes externes, s'il en existe, sont respectées. D'abord congestionnées, à la suite de l'intervention, elles s'affaissent plus tard d'elles-mêmes. »

Telle est la technique de Monod. Ce procédé, comme d'ailleurs les types d'ablation partielle précédents, convient aux hémorroïdes partielles dans tous les cas, fréquents en somme, où les hémorroïdes forment des tumeurs susceptibles d'être isolées, pédiculisées ou pédiculisables. Il faut se rappeler toutefois que si l'on a affaire à des hémorroïdes non

tuméfiées, c'est-à-dire en dehors des crises de turgescence, certains paquets hémorroïdaires tout à fait affaissés peuvent ne pas apparaître au moment où l'on opère et ne sont pas traités. Quarante-huit heures ou 72 heures après l'intervention, ils deviendront turgescents sous l'influence de l'acte opératoire.

Ces divers procédés d'exérèse partielle constituent donc un moyen de cure tout à fait incomplète et l'on doit, toutes les fois que les conditions le réclament, faire l'excision totale.

Excision totale. — Elle est indiquée quand les hémorroïdes en bourrelet circonférentiel simple ou double provoquent des accidents graves. Les accidents hémorragiques, inflammatoires (turgescence, étranglement en dehors des périodes aiguës), douloureux (procidences douloureuses, ulcères intra-sphinctériens, hormis l'ulcère fissuraire), le prolapsus de la muqueuse, réclament l'exérèse totale. C'est cette excision hémorroïdaire que nous allons avoir à étudier : nous indiquerons le manuel opératoire de Whitehead, puis nous verrons rapidement les modifications qui lui ont été apportées par différents chirurgiens.

Procédé de Whitehead. — « L'opération a pour but d'enlever du segment inférieur du rectum les vaisseaux dilatés et tortueux, ainsi que les parties avoisinantes hypertrophiées et indurées par un processus d'exsudation chronique. Les produits pathologiques sont situés en dehors de la muqueuse et sur la face interne du sphincter. Le procédé nouveau se propose d'en débarrasser l'orifice anal, où ils gênent la défécation et amènent des contractions spasmodiques, périodiques et très douloureuses. » (Whitehead, *British Medical Journal*, 1882.)

Voici la technique :

1° On désinfecte la région ; le malade, complètement anesthésié, est placé sur une table haute et étroite, dans la position de la taille.

2° Dilatation digitale du sphincter, qui est complètement paralysé par la distension ; cela permet le prolapsus de la muqueuse et des hémorroïdes sans qu'il se produise le plus léger obstacle.

3° Section de la muqueuse au niveau de son union avec la peau, dont on suit les moindres méandres.

4° On met rapidement à nu les sphincters externe et interne, on sépare les hémorroïdes de la couche celluleuse sur laquelle elles reposent, on décolle la muqueuse, on sectionne les quelques points résistants et on amène le tout en dehors de la limite où s'est faite l'incision.

5° La muqueuse est alors excisée en plusieurs temps dans une direction transversale et on l'unit, à mesure qu'on l'incise, au bord libre de la peau, par un nombre suffisant de sutures. On enlève ainsi un cylindre complet d'hémorroïdes avec la muqueuse y attenant.

Procédé Whitehead-Delorme. — C'est Delorme qui, le premier, en France, a suivi la technique de Whitehead. Son manuel opératoire n'est guère différent et l'opération, telle qu'il la pratique, comprend quatre temps :

1° Dilatation du sphincter ;

2° Incision circulaire de la muqueuse, au pourtour de l'anus et dissection du manchon muqueux jusqu'au-dessus du bord supérieur du sphincter interne ;

3° Incisions longitudinales pour former quatre lambeaux ;

4° Suture de la muqueuse à la peau.

Dans la dissection du manchon muqueux, Delorme s'arrête d'ordinaire au niveau du bord supérieur du sphincter

interne ; mais quelquefois, il ne voit aucun inconvénient à remonter à un centimètre ou un centimètre et demi plus haut, quand il trouve la muqueuse altérée au-dessus des limites du bord supérieur de ce sphincter. Dès que les quatre incisions longitudinales ont été faites sur le cylindre muqueux, Delorme place quatre fils de soie en anse. Ces fils, dits de sûreté, constituent une sorte de suture profonde qui renforce d'une façon considérable les sutures superficielles.

Procédé de Reclus. — Reclus expose ainsi son procédé, dans le *Bulletin de la Société de chirurgie de* 1893 : « Après la dilatation anale préalable avec le spéculum de Trélat, je saisis avec une pince de Kocher les bourrelets hémorroïdaires procidents, d'abord d'un côté de l'anus, le droit par exemple, et je sectionne ces bourrelets avec un bistouri, ou mieux avec des ciseaux courbes. J'extirpe le moins possible, rien que les hémorroïdes, pas de sphincter ni de muqueuse. La section terminée, je juxtapose peau et muqueuse et les unis par des points de suture au catgut, points de suture en bourse. Cette suture est faite avec l'aiguille de Reverdin, elle prend au moins un demi-centimètre de la muqueuse, car celle-ci est très friable. Je me sers de catgut et j'insiste beaucoup sur sa supériorité sur le crin ou la soie. Ces points profonds font à la fois la réunion de la peau à la muqueuse et l'hémostase.

» Cela fait, je passe à la deuxième partie de mon champ opératoire, au bourrelet du côté gauche. J'ai donc ainsi laissé en avant et en arrière de la marge de l'anus un segment de muqueuse et de peau non excisé et qui suffit complètement à éviter toute rétraction cicatricielle ; je m'arrange d'ailleurs pour ménager les téguments au point où les hémorroïdes sont le moins accusées. L'opération se pratique facilement à la cocaïne. »

Procédé de Quénu. — Dans le but d'éviter, après suture à la peau, la déchirure de la muqueuse par les fils sous l'influence des tiraillements du rectum, pour tâcher aussi d'éviter un rétrécissement cicatriciel consécutif, Quénu avait proposé de conserver la muqueuse tout entière au lieu d'en retrancher une partie. Il est cependant revenu au Whitehead, mais en insistant sur les points suivants qui lui paraissent avoir une importance considérable : « Quand on a disséqué jusqu'au bord inférieur du sphincter externe la muqueuse anale avec les hémorroïdes y attenant, on peut décoller plus ou moins haut la muqueuse rectale en longeant la face interne des sphincters et réséquer des portions étendues de cette muqueuse rectale. Mais la résection ne doit pas être aussi étendue que ce que le recommande Picqué.

» Pour la suture, quand il s'agit d'affronter les deux circonférences cutanée et muqueuse, on ne peut y arriver qu'à l'aide de fronces également réparties. On obtient ce résultat de plusieurs façons : en passant d'avance ses fils à travers le lambeau muqueux qu'on doit réséquer un peu au-dessus de sa ligne de coupe ; ou bien encore en les passant à la fois à travers le lambeau muqueux et la peau, ou enfin en revenant au procédé de Whitehead un peu modifié.

» On peut disséquer la demi-circonférence, puis fendre le lambeau muqueux ; au milieu et au fond de cette fente, attacher un point de suture. Tenue de la sorte en trois points, à ses extrémités et à son milieu, la muqueuse intestinale ne peut plus se rétracter d'une façon gênante, et dans chaque quadrant, il est facile de répartir d'une façon régulière ses sutures et ses plissements.

» Il ne faut commencer les sutures qu'après hémostase par ligature de tout vaisseau qui saigne en jet. »

Procédé de Picqué. — Dans la *Semaine Médicale* (15 juin

1898) Picqué, qui pose en règle la résection de la muqueuse, modifie le Whitehead comme il suit : « L'incision au niveau de la base du bourrelet hémorroïdaire ne doit pas suivre la ligne d'union de la muqueuse anale et de la peau ; elle doit partir à 5 ou 6 millimètres en dehors, c'est-à-dire sur la peau ; on a ainsi l'avantage d'enlever quelques marisques qui existent au moment même de l'opération ou se produisent un certain temps après, et dont la présence doit préoccuper le malade au point de vue d'une récidive.

» Contrairement à l'opinion de beaucoup de chirurgiens, je pense qu'il faut poursuivre la dissection de la muqueuse bien au-dessus du point où elle redevient normale. La muqueuse étant ainsi mobilisée sur une grande étendue, nous évitons, même dans les cas où la section porte sur un lambeau très large, cette traction des bords de la plaie qui peut suffire dans certains cas à amener une désunion désastreuse et un rétrécissement ultérieur. Lorsque la muqueuse, en effet, est trop courte, des tiraillements se produisent aux points d'attache et les sutures cèdent. Au contraire, si on a la précaution de remonter assez haut, on aura une laxité suffisante pour permettre le prolapsus de la muqueuse qui viendra pour ainsi dire d'elle-même se présenter à la lèvre de l'incision cutanée. »

La muqueuse n'est coupée transversalement qu'après avoir au préalable placé quatre points de suture diamétralement opposés qui retiennent la muqueuse et facilitent la suite de la suture.

Tel est le procédé de Whitehead plus ou moins modifié par les différents auteurs. On peut se rendre compte dans ce rapide exposé que la cure radicale est une intervention délicate nécessitant une réelle aptitude professionnelle et difficile dans son emploi par tous et pour tous. De plus, on remarque aussi

dans cet exposé la préoccupation constante des chirurgiens pour éviter une hémorragie souvent funeste et le rétrécissement cicatriciel du rectum.

C'est en obéissant à ces préoccupations que Polarca a imaginé le dispositif que nous allons décrire et qui constitue en somme une modification heureuse du Whitehead original.

CHAPITRE II

CURE SANGLANTE A LA POTARCA

Indications générales de l'excision totale. — Les hémorroïdes partielles pédiculées ou pédiculisables, qui sont le plus souvent externes, sont justiciables des diverses méthodes d'ablation partielle que nous avons indiquées ; le procédé de choix est celui de la ligature en chaîne suivie de l'excision au thermocautère.

Pour les hémorroïdes internes, la ligature en chaîne est moins aisée et l'opération doit rester incomplète, puisqu'on ne peut saisir, lier et réséquer que les hémorroïdes saillantes, alors que le processus variqueux est étendu à toute la muqueuse anale.

Les hémorroïdes externes coïncident le plus souvent avec les hémorroïdes internes, formant un double bourrelet circonférentiel autour de l'anus. En présence de bourrelets de ce genre, qui constituent le type le plus ordinaire de l'affection hémorroïdaire, quand leur volume est considérable et qu'entre les bosselures on voit la muqueuse violacée, recouverte d'arborisations veineuses, le procédé de choix sera, en dehors des périodes de crise, l'extirpation totale.

Ce sont les hémorroïdes en bourrelet circonférentiel simple ou double et surtout les hémorroïdes totales à double bourrelet, qui provoquent ordinairement les accidents hémor-

roïdaires graves, hémorragiques, inflammatoires, douloureux et de prolapsus muqueux. Ces accidents-là réclament l'exérèse totale lorsqu'ils revêtent un certain caractère de gravité du fait de leur intensité ou de leur répétition.

Cette méthode seule est radicale, puisque non seulement elle supprime la tumeur, mais supprime aussi la cause principale des récidives en faisant disparaître la muqueuse et les dispositions vasculaires qu'elle présente.

Procédé de Veresco-Potarca. — L'excision abandonnée un moment en raison de l'hémorragie et de l'infection post-opératoire. s'est trouvée réhabilitée par suite de nos moyens hémostatiques, et c'est à Whitehead, de Manchester, qu'en revient l'honneur en 1882.

Le procédé que nous allons décrire a été signalé pour la première fois, par le général Veresco, au XIII[e] Congrès international de Médecine de Paris, en 1900. Mais c'est Potarca, qui, en 1902, dans la *Revue de Chirurgie*, en a réglé la technique, telle que nous allons l'exposer.

L'outillage est des plus simples et se compose d'un cylindre en liège et d'épingles ordinaires. Le cylindre en liège a des dimensions variant entre 8 et 9 centimètres de longueur sur 3 à 3 et demi de grosseur. Les marges de ses extrémités sont mousses et, à sa partie moyenne, il est légèrement enflé de manière à prendre la forme d'un barillet. Nous avons vu réaliser ce dispositif par M. le professeur agrégé Soubeyran, avec deux gros bouchons cylindro-coniques adossés par leurs bases et tranfixés par un long fil de fer. Le cylindre est percé suivant son grand axe, d'un fil recourbé en anse qui, formant un véritable manche, permet de le fixer et de le manipuler pendant l'opération.

A côté de ces instruments, il faut avoir un dilatateur anal,

comme celui de Trélat, et tous autres instruments nécessaires pour la diérèse, l'hémostase, les sutures des tissus.

Le malade prendra les précautions antiseptiques intra et extra-rectales ordinaires. Il sera purgé la veille avec 40 grammes de sulfate de soude ou de magnésie, ou avec 20 à 30 grammes d'huile de ricin. On évitera les purgatifs qui congestionnent le rectum, œdématient sa muqueuse et provoquent la tension hémorroïdale. Dès la veille aussi, on administrera 5 à 10 centigrammes d'opium en réduisant l'alimentation au lait et au bouillon.

« Un lavement huileux stérilisé sera donné cinq ou six heures avant l'intervention. Le lavement rendu et au moment d'opérer, abondante irrigation tiède avec une solution de borate de soude ou de sel marin à 7/1000. Ces solutions ne pénètrent pas la muqueuse, ne la tuméfient pas et lui sont plus douces que l'eau bouillie ordinaire. » (Tédenat.)

Toutes ces précautions prises, la technique opératoire à suivre comprend les temps suivants :

Premier temps. — Le malade est en décubitus dorsal, les cuisses en flexion et abduction forcée, comme dans la position de la taille, et l'on fait l'anesthésie. Cette anesthésie sera générale si l'état du sujet le permet ; mais s'il y a la moindre crainte d'accident, elle sera faite localement avec les injections de cocaïne ou mieux de stovaïne très diluées, selon la technique de Reclus.

La résolution complète étant obtenue, il faudra procéder à la dilatation de l'anus. La dilatation peut être faite avec les dilatateurs de Trélat ou de Nicaise ; tenir le manche en haut comme l'indique Potarca. Pour notre part, nous lui préférerions la dilatation digitale, telle que nous l'avons vue faire par notre éminent maître, M. le professeur Tédenat, et telle que ce dernier la décrit dans la *Province Médicale* (27 janvier

1906, p. 37). « La dilatation digitale est à la portée de tout médecin et, bien pratiquée, elle donne des résultats excellents. On introduit dos à dos les deux pouces oints de vaseline boriquée ou dermatolée. On les écarte d'abord dans le sens transversal, d'un mouvement lent et progressif, jusqu'à ce qu'ils viennent butter aux parois pelviennes. On les y maintient environ une minute et, sans les sortir, on exécute la même manœuvre dans le sens antéro-postérieur. Les pouces doivent être enfoncés de toute leur longueur et leur seconde phalange fléchie doit accrocher le sphincter qui ne leur échappera pas et sera ainsi dilaté sur toute sa hauteur. Cela fait, j'ai l'habitude d'introduire les doigts, index et médius de chaque main bien collés par leurs faces latérales pour parfaire, appuyés dos à dos, la dilatation dans les divers diamètres..... Toutes ces manœuvres demandent environ cinq minutes et donnent une dilatation complète.

» La dilatation digitale est plus commode et aussi efficace que la dilatation instrumentale. Elle dispense d'un instrument dispendieux, qui ne peut guère servir qu'à cet usage et dont l'emploi peut-être difficile ou dangereux. »

La dilatation une fois complète, on introduit dans le rectum le cylindre en liège que l'on peut au préalable oindre de vaseline ichthyolée, à 1 pour 40, antiseptique et décongestionnante.

Deuxième temps. — Le cylindre introduit jusqu'au niveau des marges de l'orifice anal est maintenu dans cette situation avec une main. Au pourtour de l'orifice anal, à la limite de la muqueuse et de la peau, en dehors des bourrelets, on fiche obliquement de dehors en dedans des épingles espacées à un centimètre de distance, qui pénètrent en même temps la marge muco-tégumentaire et le cylindre sur toute sa circonférence.

Troisième temps. — La main gauche tire sur le manche du cylindre pour tendre régulièrement la marge de l'orifice anal et, avec le bistouri tenu de la main droite, on incise, rapidement et avec précaution, la muqueuse à son union avec la peau, immédiatement en arrière de la circonférence des épingles. Cette section sera faite en deux temps, en commençant par la demi-circonférence postérieure pour ne pas être gênée par le sang.

Quatrième temps. — Avec les doigts ou la sonde cannelée, on dissèque la muqueuse qui est attirée au dehors avec le cylindre de liège ; cette dissection se fait au ras du sphincter, au niveau de son bord interne, en ayant soin de n'entamer aucune de ses fibres, et doit se continuer jusqu'à la limite de la muqueuse saine que l'on reconnaît à sa coloration rosée tranchant sur la teinte bleuâtre des parties malades. On voit alors les paquets variqueux à la face profonde de la muqueuse et, après avoir confié le manche du cylindre à un aide, on peut extirper et râcler tous les vaisseaux malades. Si ces derniers sont seuls atteints par le processus variqueux, on peut, après leur extirpation, faire rentrer le cylindre avec la muqueuse et au fur et à mesure qu'on enlève les épingles on applique des points de suture, qui unissent le bord circonférenciel de la muqueuse à celui de la peau.

Cinquième temps. — Mais si la muqueuse est altérée et envahie par de fines arborisations veineuses, on l'incise circulairement sur une hauteur plus ou moins grande, au delà de la zone malade et on suture alors le bord circonférentiel du fourreau muqueux central à la peau.

« Dans ce dernier cas, l'incision circulaire de la muqueuse se fait petit à petit et sur la même mesure on fait la suture entrecoupée, de sorte qu'à la fin elles soient terminées en mê-

me temps. Le résultat est des plus réguliers. » M. le professeur agrégé Soubeyran trouve ce dernier temps un peu pénible pour la partie inférieure du cylindre. Aussi préfère-t-il, pour la demi-circonférence postérieure, repérer la muqueuse avec des pinces et enlever le cylindre de liège, puis terminer les sutures.

L'acte opératoire proprement dit a pris fin avec ce dernier temps et a duré en tout de quinze à vingt minutes. Il ne reste plus qu'à faire un pansement ; la plaie est enduite de stérésol ou de vaseline ichthyolée à 1 pour 40, à laquelle on peut ajouter 1 pour 20 d'antipyrine afin d'atténuer la sensation de pesanteur éprouvée par le malade.

Ce procédé, ainsi qu'on pourra s'en rendre compte à la lecture des observations, nous a paru présenter des avantages assez importants, que résume ainsi Polarca :

« 1° Il dispense de nombreuses et difficiles précautions antiseptiques internes et externes, réclamées au moins une semaine avant l'emploi d'un procédé comme celui de Whitehead.

» 2° Il assure la propreté et l'hémostase du champ opératoire pendant tout le temps de l'acte opératoire, par l'occlusion parfaite de l'orifice anal et la dilatation des parois du fourreau rectal. Ce sont surtout ces avantages qui assurent la supériorité de ce procédé sur les autres imaginés jusqu'à présent.

» 3° Il reconstitue un nouveau sphincter anal dans les meilleures conditions physiologiques.

» 4° Il abrège plus que tout autre procédé l'acte opératoire, ce qui constitue encore un grand avantage pour le chirurgien et surtout pour le malade, dont le sang appauvri doit être épargné le plus possible. »

Discussion. — Les résultats immédiats dans la cure à la

Potarca sont des meilleurs et la réunion muco-cutanée est en général complète dans une dizaine de jours en moyenne. Pour les résultats éloignés, le nombre restreint d'observations que nous avons eu à notre disposition ne nous permet pas d'énoncer une idée personnelle.

Quant aux objections qu'on pourrait faire à l'emploi de cette méthode, elles sont les mêmes que celles déjà faites à la cure sanglante en général. Mais ici, il nous semble que la réponse est encore plus facile.

1° *Difficultés pour la suture cutanéo-muqueuse et l'asepsie de la région.* — Pour la suture, on doit affronter deux lignes d'inégale longueur et c'est sur ce point que Quénu insiste particulièrement. Mais la présence du cylindre de liège dans le conduit ano-rectal, en mettant sous les yeux de l'opérateur une muqueuse uniformément tendue, nous paraît enlever toute valeur à cette objection. L'opérateur se trouve en effet dans les meilleures conditions possibles pour réaliser une suture en quelque sorte idéale et dans tous les cas plus parfaite que par n'importe quel procédé.

Quant à l'asepsie de la région, elle nous semble encore parfaitement réalisée du fait de l'occlusion produite par le cylindre de liège. Il n'y aura qu'à la maintenir, en constipant énergiquement le malade et en s'assurant très minutieusement de la propreté du pansement.

2° *La cure radicale est très sanglante.* — Ce reproche qui a été fait par des chirurgiens de valeur, comme M. Monod, n'est pas sans valeur et il est certain qu'en opérant dans une région aussi vascularisée et de plus congestionnée, on doit s'attendre à une hémorragie abondante. Mais le dispositif imaginé par Potarca nous paraît supprimer tout danger d'hémorragie. La présence dans le rectum du cylindre de liège suffit.

en effet, à exercer sur les veines dilatées une compression suffisante pour avoir une hémostase relative. De plus, si l'opérateur a bien soin de se tenir dans cette sorte de plan de clivage qui existe entre la face profonde de la muqueuse et les sphincters, il évitera toute perte de sang, qu'elle vienne d'une blessure veineuse ou de l'ouverture des artères des sphincters.

3° *La cure sanglante affaiblit les sphincters.* — Par le procédé de Potarca, comme par le Whitehead plus ou moins modifié, on respecte l'intégrité des sphincters et au point de vue de l'incontinence ultérieure, on n'a rien à craindre. Tout ce que l'on peut observer, c'est une parésie temporaire provoquée par la dilatation anale préliminaire. Cette parésie dure à peine quelques jours et dès la fin de la période de constipation, la tonicité est complètement revenue.

Quant au danger d'un rétrécissement cicatriciel de l'anus, nous avons encore trop peu de faits à notre disposition pour juger la valeur de la méthode à ce point de vue. Mais si la réunion réussit au moins en grande partie, on ne voit pas ce qui pourrait produire le rétrécissement de l'anus et cette réunion totale ou presque totale est la règle.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé Soubeyran)

Hémorroïdes internes en bourrelet circonférentiel, datant de très longtemps et devenues procidentes.

S. D..., âgé de 57 ans, sans profession, entre le 23 août 1903, à la salle Bouisson, service de M. le professeur Tédenat, suppléé par M. le professeur agrégé Soubeyran.

Rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Il y a très longtemps, mais sans que le malade puisse préciser la date, de légères hémorragies se sont produites à l'occasion des gardes-robes. L'hémorragie limitée à l'écoulement de quelques gouttes de sang se reproduisait assez régulièrement tous les quinze jours ou toutes les trois semaines, sans que le malade y prête grande attention.

Il y a environ huit ans, le paquet hémorroïdal est devenu procident ; le malade essaie, mais en vain, de le réduire lui-même et doit avoir recours à un médecin qui opère la réduction. A partir de ce moment les douleurs apparaissent, mais seulement à l'occasion des selles ; en même temps les procidences se répètent. La douleur contemporaine de l'acte de la

défécation est aiguë, cuisante, provoquant la sensation d'une brûlure au fer rouge. Elle acquiert son maximum d'intensité à la fin des selles et s'amende avec le repos.

Depuis un an, la procidence se produit chaque fois que le malade va à la selle et s'accompagne d'un écoulement de sang assez abondant, les phénomènes douloureux conservant toute leur acuité. Bientôt les hémorroïdes deviennent procidentes même dans l'intervalle des selles. L'écoulement sanguin continue à se manifester et les douleurs prennent une telle acuité que la malade entre au Suburbain le 25 août 1903, avec un gros bourrelet circulaire induré.

Le 27 août, le malade, soumis aux préparatifs d'usage, est opéré par M. Soubeyran, après la dilatation digitale faite sans anesthésie générale. On emploie le procédé de Potarca : la muqueuse rectale, fortement altérée, est réséquée sur une hauteur de 5 centimètres environ. On termine par des sutures au catgut.

Dès le lendemain, le malade n'accuse aucune souffrance et n'a aucun phénomène vésical.

La ligne de cicatrisation cutanéo-muqueuse est complète quand le malade quitte l'hôpital le 9 septembre. On ne l'a pas revu depuis.

Observation II

(Due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé Soubeyran)

Tumeurs hémorroïdales à double bourrelet interne et externe

Paul R..., tailleur, âgé de 45 ans, entre à l'hôpital Suburbain le 17 août 1904, service de M. le professeur Tédenat, suppléé par M. le professeur agrégé Soubeyran.

Pas d'antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels, le malade a contracté, à

l'âge de 30 ans, une syphilis qui paraît avoir été bénigne et pour laquelle il a suivi pendant deux ans et demi le traitement spécifique.

La constipation est habituelle chez le malade, mais les hémorroïdes n'ont fait leur apparition qu'il y a deux ans. Au début, le malade éprouvait des démangeaisons continuelles à la région anale, puis ces démangeaisons s'accompagnèrent au bout de quelque temps de gêne et de pesanteur. L'apparition des hémorroïdes a coïncidé avec une accentuation de la constipation, le malade n'allant à la selle que tous les cinq ou six jours.

Les hémorroïdes saignent facilement ; la douleur est très violente, rendant la station assise insupportable et la marche fort pénible. Parfois le bourrelet interne sort, mais rentre spontanément.

A l'examen du malade, on constate que l'anus est complètement entouré d'un double bourrelet d'une coloration rouge foncé. Depuis deux jours, le bourrelet interne est sorti et s'accompagne d'un léger prolapsus rectal. Le bourrelet est formé d'une série de saillies très accentuées, du volume d'une noisette environ et ulcéré par places. La tumeur est tendue, irréductible. Des surfaces ulcérées s'écoule un liquide séro-sanguinolent assez abondant, tachant fortement le linge.

Le malade est soumis à un traitement émollient et, après les précautions d'usage, on décide l'intervention pour le 26 août.

Anesthésie générale. Dilatation digitale et introduction du bouchon. On résèque la muqueuse rectale sur une hauteur de 4 à 5 centimètres et on termine par des sutures au catgut. L'opération a duré 15 minutes.

Le 27, le malade éprouve une certaine gêne à la miction et on doit le sonder deux fois. Peu de douleurs.

Le malade sort guéri le 5 septembre. La cicatrisation est complète et l'intégrité des sphincters parfaite.

Observation III

(Due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé Soubeyran)

Hémorroïdes intra et extra-rectales. — Hémorragies abondantes

Le 7 avril 1906, nous opérons en ville Mme M..., ménagère, âgée de 52 ans.

Notre malade a toujours joui d'une excellente santé. Réglée à 12 ans, les menstrues ont été régulières jusqu'à l'âge de 41 ans. Trois grossesses ont bien évolué et les trois enfants sont vivants et bien portants.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Il y a trois ans, Mme M... a commencé à ressentir de vagues malaises, se traduisant particulièrement par un état gastrique : anorexie, digestions pénibles, troubles intestinaux, mais avec prédominance de constipation. En même temps, pesanteur dans la région anale, hémorragies coïncidant avec les périodes de constipation. Ces hémorragies sont devenues plus abondantes ces temps derniers, au point de créer un état de tachycardie (pouls entre 100 et 120) et sont douloureuses.

A l'examen, on voit un bourrelet hémorroïdaire externe gros comme une mandarine, rouge violacé et occupant tout le tour de l'anus. Le toucher permet de sentir un bourrelet interne, également circulaire, mais un peu moins volumineux. Sur ce bourrelet, la muqueuse est, par places, ulcérée.

Anesthésie avec l'appareil Soubeyran-Demelle. Dilatation digitale et extirpation de six centimètres de muqueuse par le procédé de Potarca. L'opération a duré 12 minutes.

Les suites opératoires ont été excellentes. Pas de vomissements, pas de rétention d'urine. Mme M... est rentrée chez elle complètement guérie le 16 avril.

Observation IV

Tumeurs hémorroïdales intra et extra-rectales.

(Polarca, *Revue de chirurgie*, 1902)

Le caporal S. M..., du 9e régiment d'artillerie, entre le 1er octobre 1900 dans le service chirurgical avec de nombreuses tumeurs hémorroïdales intra et extra-rectales très engorgées. La muqueuse est ulcérée sur sa face latérale droite, près de la marge anale et saigne abondamment, surtout pendant la défécation. La maladie dure depuis trois ans, et, loin de céder aux différents traitements médicaux, elle n'a fait que progresser, et ce sont les douleurs et les hémorragies abondantes des derniers temps, ainsi que l'anémie profonde résultante, qui l'ont forcé à recourir au traitement chirurgical.

A son entrée dans le service, il présente autour de l'anus un bourrelet hémorroïdal très engorgé, d'une couleur rouge violacé. Avec beaucoup de difficultés, nous introduisons l'indicateur dans l'anus contracté et constatons que la muqueuse, sur une hauteur de 3 à 4 centimètres, est le siège de semblables tumeurs fluctuantes et douloureuses. A la sortie de l'indicateur, on observe aussi que celui-ci est taché d'une sécrétion muco-purulente.

Pour pouvoir opérer plus facilement, nous avons prescrit le traitement local émollient par les bains chauds et nous l'avons continué journellement jusqu'au 17 octobre, c'est-à-dire jusqu'au refroidissement complet de la poussée congestive des

tumeurs. Cette conduite, nous l'avons adoptée dans le service avant d'entreprendre de telles interventions, quoique en cas d'urgence on puisse s'en dispenser et tenter de suite l'opération.

La veille de l'opération, nous avons prescrit d'abord, pendant la matinée, un purgatif et des lavements, puis, pendant la soirée, un constipant et de nouveau des lavements et un priesnitz phéniqué. Le lendemain, après l'anesthésie générale, nous avons détergé d'abord les parois de la cavité rectale vide et pratiqué l'antisepsie locale externe.

L'opération consiste dans l'extirpation, sur une étendue de cinq centimètres, du fourreau rectal ulcéré et recouvert par des tumeurs hémorroïdales abondantes. L'hémorragie pendant l'opération fut si minime qu'on ne sentit pas la nécessité d'appliquer des ligatures et à la fin, après l'application des points de suture, toute hémorragie cessa.

L'opération, sans compter l'anesthésie générale, n'a pas duré plus de vingt minutes et a été pratiquée d'après la technique précédemment décrite.

On introduit dans le rectum une mèche de gaze xéroformée et à l'extérieur on applique un priesnitz phéniqué.

Après une dizaine de jours, la plaie est guérie par première intention et le malade sort complètement rétabli de son infirmité.

Observation V

Tumeurs hémorroïdales internes et prolapsus rectal incipiens

(Potarca, *Revue de chirurgie*, 1902)

Le 26 janvier 1901 entre dans le service le sergent V. P..., du 26e régiment de Rovine, atteint depuis quatre années de tumeurs hémorroïdales internes ulcérées et saignantes. Pen-

dant les efforts de la défécation, qui sont pénibles, paraît dans l'orifice anal une tumeur molle, plissée transversalement, de la grandeur d'une prune, formée par la muqueuse prolabée. Cette muqueuse, d'une couleur rouge violacée, est parsemée tout autour de tumeurs noirâtres, ulcérées et saignantes.

Après les mêmes précautions antiseptiques internes et externes, l'opération est décidée pour le 1er février et elle est exécutée à peu près dans les mêmes conditions que la précédente. La muqueuse, avec de nombreuses veines variqueuses, est disséquée avec la plus grande facilité, puis réséquée sur une étendue de 5 centimètres. L'opération dure quinze minutes.

Les suites opératoires, dans ce cas aussi, ont été des plus simples, et, huit jours après, on extrait les points de suture, la plaie étant cicatrisée *per primam*.

Observation VI

Tumeurs hémorroïdales externes et fissures anales

(Polarca, *Revue de chirurgie*, 1902)

Le 7 juin 1901, entre dans le service, le caporal B. A..., du 3e régiment d'Olt, atteint depuis deux ans de tumeurs hémorroïdales externes très engorgées et compliquées de nombreuses fissures anales qui provoquent des douleurs atroces, surtout pendant la défécation. La muqueuse rectale est aussi ulcérée par places et saigne pendant les efforts. Le malade est si anémique que nous avons dû le soumettre d'abord à un traitement général et fortifiant et en même temps au traitement local décongestionnant, par des bains chauds.

Neuf jours plus tard, le malade étant dans de meilleures conditions pour supporter l'opération, nous intervenons dans

la matinée du 16 juin. A cause des fissures et des ulcérations, la muqueuse est aussi réséquée sur une étendue de 4 centimètres. L'opération dure de quinze à vingt minutes.

Dix jours après on coupe les points de suture, la plaie étant déjà cicatrisée sans aucune complication. Le malade reste encore quelques jours dans le service, puis il sort complètement guéri.

Observation VII

Tumeurs hémorroïdales intra et extra-rectales

(Potarca, *Revue de chirurgie*, 1902)

Le 16 août 1901, se présente dans le service le soldat D. A..., de la 1re compagnie de subsistance, atteint, depuis plus de quatre années, d'hémorroïdes internes qui, dans les derniers temps, se sont compliquées aussi de tumeurs hémorroïdales externes. C'est aussi dans les derniers temps que la maladie s'est aggravée par des douleurs et des hémorragies rebelles qui accompagnent le flux congestif. Dans cet état, le malade entre dans le service, avec un bourrelet hémorroïdal de la grosseur d'une tomate, formé par trois bosselures confluentes, ce qui nous empêche d'introduire l'indicateur dans le rectum pour l'explorer. D'après les dires du malade, il aurait perdu plus de deux litres de sang dans ces derniers jours, et c'est surtout l'anémie profonde qui l'a décidé à entrer dans le service chirurgical.

Pour le moment, on lui prescrit aussi le traitement local émollient, ainsi qu'un régime fortifiant qui est continué jusqu'au 25 septembre, époque à laquelle, l'état local et général du malade le permettant, nous intervenons.

Après l'anesthésie générale, on dilate le rectum assez pour

introduire le cylindre et on observe bien alors sur les deux côtés latéraux du fourreau rectal, à une hauteur de 2 centimètres à 2 centimètres et demi de la marge anale, deux ulcérations correspondant à deux tumeurs hémorroïdales internes assez développées. Pendant la dissection de la muqueuse et des tumeurs hémorroïdales, on observe que le sang est très diffluent, ce qui prouve le degré avancé d'hydrémie et d'anémie du malade. A cause des deux ulcérations, ne pouvant pas conserver la muqueuse, on l'extirpe avec les tumeurs, sur une étendue de 4 à 5 centimètres.

L'opération dure vingt minutes et, le pansement appliqué, on prescrit deux fois par jour l'injection ââ 300 grammes de sérum artificiel (Hayem), qu'on continue pendant quelques jours.

Après une dizaine de jours, la plaie étant cicatrisée, le malade est encore tenu dans le service pour suivre un traitement général fortifiant. Pendant son séjour, on put constater que son nouveau sphincter fonctionnait dans les meilleures conditions physiologiques.

Observation VIII

Tumeurs hémorroïdales externes et prolapsus rectal

(Potarca, *Revue de chirurgie*, 1902)

Le 9 septembre 1901, entre dans le service le soldat P. F..., du 2e régiment de Valcéa, atteint, depuis deux années, d'un prolapsus rectal et de tumeurs hémorroïdales externes qui, de temps en temps, s'engorgent et saignent. La région périnéale, sur un rayon de 7 à 8 centimètres, est occupée par une cicatrice tégumentaire qui s'étend même sur les fesses et sur les bases des cuisses. A deux doigts devant l'orifice

anal existe aussi une forte bride cicatricielle transversale qui contribue à donner à l'orifice anal une forme infundibuliforme. Cette cicatrice tégumentaire, très étendue, qui représente probablement les vestiges d'une vieille dermatite scrofuleuse et dont le processus s'est éteint après l'incorporation du malade, doit être la cause provocatrice de l'ectasie anale et du prolapsus rectal consécutif. D'ailleurs, le malade, à cause de son intelligence très bornée, nous donne peu de renseignements précis sur le commencement et le développement de ses différentes affections.

L'orifice anal, bordé en arrière par un collier de 3 à 4 franges hémorroïdales, est relaxé et n'oppose aucune résistance à l'introduction de l'indicateur. A la distance de 2 à 3 centimètres de la marge anale, on sent la muqueuse lâchement adhérente des parties environnantes et plissée sur elle-même. Pendant le repos, le prolapsus est maintenu, mais à la suite des plus légers efforts, la tumeur paraît sous la forme d'un cône tronqué et descend sur une étendue de 5 à 6 centimètres. La muqueuse qui la revêt est d'une couleur rouge violacée, mais pas ulcérée.

Les précautions antiseptiques préalables prises, nous décidons d'intervenir pour le 26 septembre. Ayant en vue les tumeurs hémorroïdales, ainsi que le prolapsus rectal, nous commençons l'extirpation des tumeurs d'après le procédé de M. le général Veresco, avec la résection d'une portion de 5 centimètres de la muqueuse rectale et, pour obvier aussi au prolapsus, nous terminons avec coccyrectopexie, d'après le procédé de Gérard-Marchant.

Les deux opérations ensemble ont duré 45 minutes.

Après quinze jours, le malade est complètement guéri de ses deux affections. Quoique la muqueuse soit encore un peu engorgée et flasque, elle ne paraît plus pendant les efforts,

CONCLUSIONS.

1° La dilatation anale est comme le *prologue obligé* des divers types de la cure hémorroïdaire.

2° Les ablations ou destructions partielles conviennent aux cas où les paquets hémorroïdaires sont pédiculés et non circonférentiels.

3° La cure sanglante, suivant la méthode de Potarca, est un bon procédé, qui convient aux hémorroïdes internes en bourrelet circonférentiel volumineux qui provoquent généralement des accidents hémorroïdaires graves, hémorragiques, inflammatoires, douloureux et de prolapsus.

4° Pour la cure sanglante, nous préconisons la méthode de Potarca ; elle comprend 5 temps :

a) Dilatation du sphincter, de préférence manuelle, après anesthésie générale ou locale.

b) Introduction dans le rectum d'un cylindre de liège de 8 à 9 centimètres de long sur 3 à 3 et demi de large, et fixation de la muqueuse anale sur le cylindre au moyen d'épingles ordinaires fichées de dehors en dedans.

c) Incision circulaire du limbe muco-cutané immédiatement en arrière de la circonférence des épingles.

d) Dissection du manchon muqueux ano-rectal avec, com-

me point de repère capital, le sphincter externe. Si la muqueuse n'est pas altérée, on peut se contenter, à ce moment, d'extirper tous les paquets variqueux que l'on voit sur sa face profonde.

e) Section progressive de la muqueuse et suture au fur et à mesure en points séparés.

5° Ce procédé assure la propreté et l'hémostase du champ opératoire ; il permet une suture cutanéo-muqueuse des plus régulières et sans danger de rétrécissement ultérieur ; il maintient la tonicité du sphincter et, par sa simplicité et par sa rapidité d'exécution, il offre de grands avantages et pour le chirurgien et pour le malade.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 26 avril 1906.
Pour le Recteur,
le Vice-Président du Conseil de l'Université,
G. MASSOL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 26 avril 1906.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
